

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM SITUAÇÃO DE  
PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

A Decisão de Não Reanimar

AUTORES

João Vítor da Silva Vieira

Pedro Miguel Nolasco Amaro

BEJA/2006

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE BEJA

# CONSIDERAÇÕES ÉTICAS EM SITUAÇÃO DE PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

A Decisão de Não Reanimar

DISSERTAÇÃO MONOGRÁFICA REALIZADA NO ÂMBITO DO V  
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM, NA DISCIPLINA DE  
INTRODUÇÃO À VIDA PROFISSIONAL, SOB ORIENTAÇÃO DAS  
PROFESSORAS DULCE SANTIAGO SOARES E MARIA JOÃO  
LAMPREIA.

*“A morte é como um barco que se afasta no horizonte. Há um momento que desaparece. Mas não é por não o vermos que ele deixa de existir.”*

HENNEZEL, 1999

*“A vida define o próprio homem, na sua dignidade, na sua responsabilidade, no drama da sua existência, no horizonte da sua esperança, que se afirma com o desejo de mais vida, de uma vida melhor”*

ALMADA, 2004

*“Os enfermeiros vivem, no plano profissional, problemas éticos que são constantemente chamados a resolver, muitas vezes num curto espaço de tempo. Mesmo que existam critérios de referência, permitindo a análise destas situações, a opção final será sempre e em última instância uma acção pessoal.”*

VIEIRA, 1993

## AGRADECIMENTOS

Pela realização desta nossa Dissertação Monográfica, queremos agradecer todo o apoio e orientação prestado pela professora Dulce Santiago Soares, que sempre mostrou disponibilidade e compreensão para connosco.

Queremos também agradecer à professora Maria João Lampreia pela orientação prestada na formatação e correcção desta dissertação.

Gostaríamos também de agradecer aos nossos Enfermeiros Tutores, Manuel Galhardas e Miriam França, pelo seu apoio e compreensão.

Sem esquecer todos os que nos apoiaram e todos aqueles que directa ou indirectamente tornaram este trabalho possível, os nossos mais sinceros agradecimentos.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DNR – Decisão de Não Reanimar

FT – Futilidade Terapêutica

NR – Não Reanimar

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONR – Ordem Não Reanimar

OT – Obstinação Terapêutica

PCR – Paragem Cardiorespiratória

RCR – Reanimação Cardiorespiratória

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

## SUMÁRIO

|   |       |
|---|-------|
|   | (Fl.) |
| 0 – <u>INTRODUÇÃO</u> .....   | 6     |
| 1 – <u>A PESSOA E A MORTE</u> .....   | 11    |
| 1.1– A SITUAÇÃO DE PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA.....                          | 12    |
| 1.1.1 – <u>A reanimação cardiorespiratória</u> .....                        | 12    |
| 2 – <u>O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES FACE A QUESTÕES ÉTICAS</u>          | 15    |
| 2.1 – A ÉTICA E A ENFERMAGEM.....   | 15    |
| 2.2 – O PROBLEMA ÉTICO.....   | 16    |
| 2.3 – OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA.....  | 18    |
| 3 – <u>TOMADA DE DECISÃO ÉTICA EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA</u> .....        | 20    |
| 3.1 – FUTILIDADE TERAPÊUTICA E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA.....                  | 21    |
| 3.2 – A DECISÃO DE NÃO REANIMAR EM PARAGEM                                  | 24    |
| CARDIORESPIRATÓRIA.....   |       |
| 3.2.1 – <u>O envolvimento das entidades para a tomada de decisão de não</u> | 26    |
| <u>reanimar</u> .....   |       |
| 3.2.2 – <u>Participação do Enfermeiro no processo de decisão de não</u>     | 28    |
| <u>reanimar</u> .....   |       |
| 4 – <u>CONCLUSÃO</u> .....  | 30    |
| 5 – <u>BIBLIOGRAFIA</u> .....   | 33    |

## 0 – INTRODUÇÃO

A enfermagem é uma ciência e uma arte. Arte porque depende das capacidades de perícia de cada profissional de enfermagem, e ciência porque tem como objecto de estudo o cuidado humano, procurando um corpo de conhecimento próprio.

Na opinião de Hesbeen (1997) e Collière (1999), a enfermagem representa actualmente uma função de primordial importância na área da saúde, função que ao longo dos tempos se veio consolidando e diferenciando como resultado de uma actividade que tem trazido grandes benefícios para a sociedade. O cuidar faz parte da natureza humana e também é essência da profissão de enfermagem pois, como salienta Hesbeen (2000), os cuidados de enfermagem constituem-se como *“(...) pequenas coisas que não são espectaculares, não são observáveis e mensuráveis, ou são-no tão pouco que não gozam da áurea que rodeiam os cientistas e os técnicos (...)”* (p.48).

Hesbeen (2001) defende que os enfermeiros são os únicos profissionais que têm a oportunidade de viver com as pessoas que cuidam, momentos muito especiais e de proximidade, pois estão sempre presentes *“(...) nos momentos imprevisíveis que os doentes e os familiares exteriorizam o seu contentamento, a sua tristeza, as suas interrogações, as suas confidências (...)”* (p.34). Assim, os profissionais de enfermagem, devem possuir uma visão holística do ser humano, pois essa amplitude de perspectiva permite-lhes ao profissional reconhecer as suas próprias responsabilidades e os seus deveres para com o outro, podendo então orientar de forma ética os seus comportamentos. Considerando a enorme responsabilidade ética que o cuidar implica, reforçamos além da necessidade de consciencialização, a integração do ‘pensamento ético’ na prática profissional quotidiana e nas análises dos conflitos e dilemas.

O Código de Ética de Enfermagem centra-se nos aspectos comportamentais e nas implicações legais de uma prática de risco. Nele estão reunidas normas, princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética que deverá ser absorvida e aplicada por todos profissionais de enfermagem, levando sempre em consideração o direito da

assistência de enfermagem à população, os interesses do profissional e da sua organização e ainda, o pressuposto de que os agentes de trabalho da enfermagem devem estar aliados aos doentes, reivindicando uma assistência acessível e de qualidade. No entanto, muitas são as vezes em que o enfermeiro se depara com situações nas quais lhe surge a pergunta: “o que devo eu fazer?” É nesta altura que nos damos pela importância do enquadramento da Ética à profissão de enfermagem, uma vez que nos deparamos com questões para as quais não encontramos uma resposta que seja consensual entre as várias classes de profissionais de saúde, ou seja, para as quais não existem respostas universais, questões essas que invariavelmente envolvem a pessoa e a sua dignidade. Relativamente a essas questões segundo Almada (2004) *“não pode admitir-se indiferença, demissão ou desconhecimento.”* (p.7)

De acordo com o CNECV<sub>d</sub> (2000), e o seu parecer sobre a Convenção para a protecção dos direitos do homem e da dignidade do ser humano face às aplicações da Biologia e Medicina (2000), *“com a aparição de novas tecnologias, a forma de abordar a saúde e a doença, as relações Enfermeiro-doente e a crescente evolução da investigação científica, da própria medicina e biologia por um lado, e todo o quadro de relações humanas por outro, alteraram-se substancialmente, e novas questões éticas surgiram em consequência.”* (p.1)

Tendo em conta estas questões éticas que se levantam diariamente na prática quotidiana dos enfermeiros, escolhemos uma que consideramos demais pertinente, uma vez que nos surge com relativa frequência: a **Decisão de Não Reanimar (DNR)**.

As razões que nos levaram a dissertar sobre esta temática foram o crescente interesse por este conceito no campo da bioética e a disparidade de critérios em que as definições acerca do tema diferem claramente umas das outras, uma vez que o conceito de DNR engloba uma realidade muito complexa onde a liberdade e a capacidade de decisão, o sentido da dor e do sofrimento, e os valores da vida humana são factores importantes mas não são ímpares. O filósofo Kant numa perspectiva filosófica proclamou a pessoa humana como um valor absoluto. Este valor acabou por tornar-se no elemento central em torno do qual se passaram a desenvolver todos os valores, normas e leis que reputamos de universais.



Como é explicado nesta dissertação a DNR não pode ser desligada das preocupações com a defesa da dignidade humana, nem dos princípios que se consideram fundamentais como a dignidade humana, beneficência e não-maleficência, equidade, autonomia e justiça.

Ao longo dos tempos a bioética surgiu como a grande esperança relativamente ao respeito pela dignidade do ser humano e ao impulsionar de acções de cuidado deste ser fragilizado pela doença e pelo sofrimento no âmbito da saúde. Potter (1998) definiu Bioética como uma *“nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar, intercultural e que potencializa o senso de humanidade.”* (p.372)

Nos dias que correm fala-se muito em desumanização das instituições de saúde, numa sociedade também ela desumanizada e desumanizante. A humanização dos cuidados de saúde passa obrigatoriamente pela humanização deste universo maior a que chamamos sociedade. Segundo Pessini (2001), num contexto crescente de tecnologia do cuidar, nomeadamente em enfermagem, é de extrema importância o resgate de uma visão antropológica e holística do homem como ser humano, nas suas várias dimensões, ou seja, física, social, psíquica, emocional e espiritual.”

O filósofo Kant, partindo de uma concepção universalista do homem, afirma que este só age moralmente quando, pela sua livre vontade, determina as suas acções com a intenção de respeitar os princípios que reconheceu como bons. O que o motiva, neste caso, é o puro dever de cumprir aquilo que racionalmente estabeleceu sem considerar as suas consequências. A moral assume assim, um conteúdo puramente formal, isto é, não nos diz o que devemos fazer (conteúdo da acção), mas apenas o princípio (forma) que devemos seguir para que a acção seja considerada boa.

Aristóteles (1992) afirma que *“bem é aquilo a que todas as coisas visam”* (p.17). Para este autor, *“o bem é o fim visado em cada acção e propósito, pois é por causa dele que os homens fazem tudo o mais. Se há portanto um fim visado em tudo que fazemos, este fim é o bem atingível pela actividade, e se há mais de um, estes são os bens atingíveis pela actividade.”* (p.23)

A dignidade humana só é uma característica de cada ser humano na medida em que é característica fundamental de toda a humanidade. A dignidade está na totalidade do humano e cada ser emerge com a sua própria dignidade dessa totalidade do humano. Daí a importância fundamental do processo de individualização de cada ser. A capacidade de exprimir uma representação simbólica de tudo o que vê, conhece ou faz, foi-se estruturando ao longo das várias etapas que trouxeram a humanidade até à etapa biogenética actual.

Existe pois uma dimensão ética na existência humana, isto é, a pessoa existe enquanto pessoa somente quando é reconhecida por outras pessoas. Há uma ética para a pessoa que vive no seu corpo. O corpo não é portador de dimensão ética, mas é a pessoa no seu corpo que é portadora desta dimensão. Para o corpo humano isolado, não há ética.

*“No reino dos fins, tudo tem um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode pôr-se, em vez dela, qualquer outra coisa como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portanto não permite equivalente, então ela tem dignidade.”* (Kant, 1991, p.77)

Para a elaboração desta dissertação monográfica, definimos como:

Objectivo Geral:

- Compreender a importância da participação do enfermeiro no processo de tomada de decisão de não reanimar.

Objectivos Específicos:

- Relacionar a importância da ética na prática de cuidados de enfermagem;
- Analisar a importância do processo de tomada de decisões éticas em situações de fim de vida;
- Analisar o envolvimento das entidades na tomada de decisão de não reanimar;

Desta forma, o trabalho que apresentamos aborda, em primeiro lugar, vários aspectos relacionados com o fim de vida e a paragem cardiorespiratória (PCR), nomeadamente questões que envolvem o ser humano, e a sua dignidade. Posteriormente, será abordado o processo de tomada de decisão face a questões éticas em situações de fim de vida, e por último, trataremos o tema fulcral do nosso trabalho, ou seja a decisão de não

reanimar em situação de PCR, relatando todos os momentos que são inerentes à tomada desta decisão.

Com tudo o que previamente delineámos para a elaboração desta dissertação, acreditamos que esta constitui um instrumento de conhecimento esclarecido dos problemas éticos e deontológicos colocados pela DNR e pelas acções que a podem influenciar.

## 1 – A PESSOA E A MORTE

Se viver é ‘involuir’ para a morte, então podemos considerar que morrer é dar um dos passos da vida.

Thompson, Melia e Boyd (2004), citando o psicólogo Eric Berne, afirmam que *“aprender a dizer ‘Olá’ e ‘Adeus’, como deve ser, são duas das aptidões mais importantes da vida. O modo como saudamos uma nova vida e o modo como nos despedimos perante a morte são dois dos rituais mais importantes em todas as sociedades humanas (...)”* (p.315).

A morte é uma etapa natural da vida, talvez o acto último da vida, mas tão importante e valioso como essa mesma vida. No entanto, na nossa sociedade moderna, não há espaço para se pensar nem falar sobre morte como um passo da vida, pois esta representa uma ameaça a tudo o que somos, conhecemos e valorizamos, uma realidade difícil de aceitar porque nos lembra constantemente o carácter limitado da vida enquanto existência terrena, surgindo assim, como um dos grandes medos, é o desconhecido, o mistério insondável e simultaneamente, uma realidade inevitável. É porém, este seu carácter inevitável e o não sabermos como e quando ela vai chegar, que torna a morte tão assustadora. Enquanto realidade, ela tirar-nos-á o tempo e dar-nos-á ausência.”

Numa primeira fase, o texto faz-nos reportar aos diferentes significados que a morte pode suscitar nas diferentes pessoas. Contudo, num aspecto há unanimidade, embora parecendo um contra-senso, a morte, continua a fazer parte e a dar significado à Vida! Se a morte nos angústia tanto, não será por nos remeter às verdadeiras questões, aquelas que frequentemente abafamos, com a ideia de as considerar mais tarde, quando formos mais velhos, mais sabedores, quando dispusermos de tempo para nos interrogarmos sobre os problemas essenciais?

Há somente duas coisas na Vida das quais temos a certeza. Uma é que um dia nascemos e a outra é que um dia a morte não faltará ao encontro marcado. No entanto é importante

deixarmos que seja ela a vir ter connosco e não sermos apressados e correr ao seu encontro.

## 1.1 – SITUAÇÃO DE PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA (PCR)

A natureza, o acaso ou o acidente podem interferir a qualquer momento na vida de uma pessoa e é necessário que cada um de nós se prepare para salvar essa vida, que está caminhando para a morte, e dirigi-la 180° em direcção à vida. (Lane, 1981)

*“A PCR é reconhecida pela cessação da respiração e da circulação, e significa um estado de morte clínica”* (Phipps, Long, Woods & Cassmeyer, 1995, p.673).

Geralmente, ao fim de dez segundos de paragem cardíaca surge a perda total de consciência, e após trinta segundos a paragem respiratória. Segundo Phipps et al. (1995) o doente em PCR parece clinicamente morto, pois apresenta-se inconsciente e não reactivo a qualquer tipo de estimulação. À medida que o tempo passa, evolui de um estado de morte clínica, para um estado de morte irreversível. Esta é uma situação grave que exige uma intervenção rápida e eficaz.

### 1.1.1 – A reanimação cardiorespiratória (RCP)

Segundo Bolander (1998), ao longo da história a manutenção da vida tem sido uma preocupação humana, sendo que um dos principais motivos para tal facto é a não aceitação da finitude do homem, o que, até aos dias de hoje, tem levado à criação de uma variedade de métodos engenhosos para tentar a ressuscitação.

Em 1960, Kouwenhoven descreveu a massagem cardíaca externa, combinada com ventilação artificial como um meio eficaz para reativar a actividade hemodinâmica. Na mesma década Lawn preconizou a desfibrilhação eléctrica ventricular para o tratamento das taquiarritmias malignas. Ambas as técnicas constituíram a base fundamental da RCP, que pela sua eficácia hemodinâmica rapidamente se generalizaram entre o pessoal de saúde.

Foi a partir desta década que a saúde humana começou a obter grandes benefícios com o avanço científico e tecnológico, permitindo alguns factos notáveis. Os limites entre a vida e a morte são cada vez mais ténues, uma vez que temos cada vez mais possibilidades, a nível terapêutico e de suporte de vida, de prolongar as vidas dos doentes por dias, meses ou mesmo até anos. No entanto, o aumento da eficácia e segurança destas novas modalidades terapêuticas levantam questões quanto a aspectos económicos, éticos e legais.

O esforço para prolongar a vida por meios artificiais tornou-se uma obsessão científica. A tríade do ser humano – corpo, mente, espírito – é por diversas vezes ignorada, cuidando-se somente da primeira componente.

Actualmente, consideramos a RCP como o conjunto de procedimentos e medidas, utilizadas para restabelecer a vida de uma vítima em PCR, essencial para a manutenção de uma oxigenação adequada dos tecidos e do cérebro. Esta, a reanimação, é de acordo com França (2005) “*o retomar da vida da morte aparente.*” (p.7)

Phipps et al. (1995) consideram que devido ao seu carácter de emergência, a RCP pode ser iniciada pelo enfermeiro, mesmo sem a presença de um médico. No entanto esta decisão é, muitas das vezes, um dilema para os profissionais, uma vez que a observação do estado de alguns doentes pode levar ao um dilema ético da DNR. Estes podem sentir que o facto de não ressuscitar um doente trará mais benefícios, que o prolongar de uma vida sem qualidade, trazendo apenas sofrimento e dor à pessoa em questão. Nesta altura levanta-se a questão da Decisão de Não Reanimar (DNR), e dos benefícios que esta traz ao doente, ao mesmo tempo que se questiona a legalidade moral de não se fazerem todos os esforços ao nosso alcance para prolongar uma vida que está nas nossas mãos.

O grande objectivo da reanimação é restabelecer um débito cardíaco e uma ventilação eficaz e espontânea, o mais rapidamente possível. Isto é conseguido a partir de um conjunto de manobras e técnicas que visam reverter o estado de PCR e as suas complicações, para que o indivíduo sobreviva sem sequelas. Segundo França (2005), “*o fornecimento de suporte ao funcionamento dos órgãos e à sobrevivência do organismo*” (p.7) é o grande objectivo da RCP.

A abordagem do indivíduo aquando de uma emergência cardiorespiratória pode efectuar-se a dois níveis, através de uma abordagem de Suporte Básico de Vida (SBV), cujo objectivo é assegurar a oxigenação de emergência dos órgãos vitais, ou através de uma abordagem de Suporte Avançado de Vida (SAV), que ocorre na sequência do nível anterior, exigindo apoio médico diferenciado, e recorrendo à utilização de fármacos, equipamentos e técnicas diferenciadas.

Em algumas situações é suficiente a reanimação com SBV, conseguindo uma recuperação rápida e completa. Noutras, o processo de RCP necessita de complementaridade com medidas de SAV, com vista a dar ao doente maiores possibilidades de sobreviver. O sucesso das medidas de reanimação está relacionado com a rapidez com que estas são aplicadas logo após a PCR.

A finalidade da RCP, segundo Jonsen (1999), é a prevenção da morte súbita inesperada e tem os mesmos objectivos que todas as outras intervenções médicas: preservar a vida, restaurar a saúde, aliviar o sofrimento e evitar ou minimizar sequelas. A RCP também tem como finalidade adicional reverter a "*morte clínica*". Daí, a DNR ser uma decisão complexa que não pode ser tomada de ânimo leve: trata-se do respeito pelo doente como ser humano. Poderá um ser humano tomar esta decisão em relação à vida de outro?

De acordo com Urban (2003), centenas de estudos em RCP foram realizados. A análise cumulativa destes dados oferece três importantes conclusões: 1) Aproximadamente 25% a 50% podem sobreviver logo após uma PCR quando submetidos a uma RCP; entretanto, apenas entre 0% e 29% desses conseguem recuperar e receber posteriormente alta hospitalar; 2) Cerca de 2% a 3% dos doentes reanimados acabam com comprometimento neurológico severo e permanente; 3) Em doentes acima de 70 anos, com falência crónica de órgãos, o índice de sucesso da RCP encontra-se entre os 0% e os 6%. Mais especificamente nos casos de cancro a sobrevida global é em torno dos 10% após a RCP.

## 2 – O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÕES FACE A QUESTÕES ÉTICAS

### 2.1 – A ÉTICA E A ENFERMAGEM

Do grego *ethiké*, ou do latim “*ethica*”, que significa «ciência relativa dos costumes», ética refere-se, na actualidade, e de acordo com Costa & Melo (1989), ao domínio da filosofia que procura determinar a finalidade da vida humana e os meios de a alcançar. É a ciência que tem por objecto o juízo de apreciação com vista à distinção entre o bem e o mal. Podemos assim dizer que a ética se define como a reflexão geral, sobre a acção humana, do que é bom ou mau.

Segundo Queirós (2001), a ética procura tratar dois aspectos. O primeiro desses aspectos diz respeito aos padrões já estabelecidos do que é certo e errado, relativamente ao que os seres humanos devem ser, em termos de direitos, obrigações e benefícios para a sociedade em geral, lealdade ou qualidades. O segundo refere-se ao estudo e ao desenvolvimento dos padrões éticos de cada um de nós, isto é, padrões que de certa forma nascem e evoluem dentro de nós e que mostramos para os outros, no decorrer dos dias, com as nossas atitudes, comportamentos e acções.

A enfermagem, sendo uma profissão na qual o doente é o centro de todas as atenções, apresenta um exercício que coloca constantemente os seus profissionais perante situações que podemos caracterizar como problemas éticos, para os quais é esperado que se realize uma concepção de cuidados orientada para o cuidar humano.

Para Vieira (1993), os profissionais de enfermagem são diariamente confrontados com situações de vida e situações de morte que os levam a questionar-se sobre que atitudes e comportamentos devem adoptar. Para uma prestação de cuidados competente, os enfermeiros devem respeitar além de todos os princípios inerentes à sua profissão, os seus próprios princípios. Só assim poderão tomar uma posição adequada perante cada situação com que serão confrontados.



Segundo Queirós (2001), o exercício de enfermagem começou por obedecer a valores e objectivos que privilegiavam a obediência ao saber médico. No entanto, segundo a mesma autora, este exercício foi ultrapassado por uma enfermagem contemporânea que coloca o doente no centro da sua atenção e que através de atitudes de respeito, honestidade, lealdade, coragem, consciência e compaixão se desenvolve e evolui.

Todos os doentes, sendo pessoas como nós que, possuindo dignidade como qualquer outro ser humano, merecem cuidados competentes, assentes em padrões de qualidade. No entanto, constantemente se colocam questões relativas à qualidade de vida do doente, que resultam em dúvidas e indecisões para as quais por vezes os enfermeiros não conseguem dar resposta.

É nesta perspectiva que devemos considerar que, sendo a enfermagem uma profissão autónoma, deve ter uma atitude de reflexão constante sobre questões éticas, que vise a defesa dos direitos dos doentes, desenvolvendo a promoção da saúde, bem como a prevenção da doença. Com estas reflexões permanentes e com o alcançar de respostas relativas às questões éticas que tanto se levantam, os enfermeiros poderão desempenhar acções que possibilitem quer a partilha de responsabilidade, quer a promoção de um trabalho interdisciplinar, para com isso adquirirem um desempenho competente e de qualidade. Para além disso, os enfermeiros devem preocupar-se por possuir uma visão holística do ser humano, uma vez que essa amplitude de perspectiva lhes permite reconhecer os seus deveres para com o outro, podendo então orientar de forma ética os seus comportamentos.

## 2.2 – O PROBLEMA ÉTICO

Actualmente, ouvimos com frequência a evocação da palavra ética para questões que põem em causa os valores humanos. Assim, como salienta Queirós (2001), o termo ética nem sempre é utilizado com pertinência, uma vez que muitas vezes as questões chamadas éticas são puramente questões de relação, e o objectivo da ética não passa por corrigir insuficiências relacionais ou deontológicas.

Queirós (2001) descreve o dilema ético como *“uma situação em que a dificuldade de escolha da opção a realizar é por diversas razões difíceis”* (p.52). A mesma autora,

citando Alfaro-LeFevre, defende que o dilema ético surge numa situação em que existem duas ou mais escolhas possíveis, mas que nenhuma delas se apresenta como satisfatória, sendo necessário escolher a que parece melhor.

Muitas vezes, surgem situações aos enfermeiros que requerem uma intervenção da sua parte, para as quais se apresentam duas ou mais alternativas, uma alternativa que pode conduzir a uma situação não desejada, ou até situações para as quais os enfermeiros não conseguem apresentar uma resposta competente e correcta. É nestas situações que podemos enquadrar um problema ético, para o qual se apela ao conhecimento e à experiência que permitam compreender, analisar e tomar uma decisão. Para tal, é necessária uma qualificação específica para os enfermeiros, que lhes permita capacidade para analisar, reflectir e apresentar respostas satisfatórias e competentes. Segundo Queirós (2001), nas situações de problemas éticos, é necessário competência para considerar os valores pessoais e profissionais, as crenças e tradições, as perspectivas e as decisões multidisciplinares e as várias alternativas para a sua actuação, sendo que, esta competência exige dos enfermeiros um confronto entre os valores humanos universais e os valores das pessoas presentes. No entanto, a mesma autora refere que, por vezes surgem questões que se consideram “difíceis” e de grande responsabilidade, para as quais, nenhum enfermeiro, nenhum ser humano consegue dar resposta por si só, sendo que nestas situações são chamadas Comissões de Ética que assim poderão emitir um parecer para a questão colocada.

Os enfermeiros como profissionais de saúde, são diariamente confrontados com situações que os levam a questionar-se sobre a legitimidade da DNR, ou a inexistência desta. Questões que abordem a qualidade de vida e o sofrimento do doente levantam dúvidas e indecisões em cada profissional, relacionadas com a DNR, transformando-a assim num problema ético comum, mas de enorme complexidade.

Devem por isso os enfermeiros sentir-se à altura daquilo com que se confrontam, isto é, dos problemas éticos que se lhes levantam, respeitando todos os princípios inerentes à profissão, bem como os seus próprios princípios, sendo esse o caminho mais correcto para a resolução desses mesmos problemas.

## 2.3 – OS PRINCÍPIOS DA BIOÉTICA

Actualmente, todos os profissionais de saúde têm presente, ou deveriam ter, que o Direito à Saúde é parte do quadro global dos Direitos Humanos, sendo que a sua implementação decorre dos factores que fundamentam esses direitos. Os princípios éticos que os orientam estruturam-se à volta de seis pilares fundamentais, ou seja, a dignidade da pessoa humana, a equidade, a beneficência, a não maleficência, a autonomia e a justiça.

De acordo com o CNECV (1995) a dignidade da pessoa humana é o primeiro de todos os princípios éticos, que nenhuma outra consideração pode substituir. Considerado em todas as decisões que dizem respeito aos cuidados de saúde, é um factor imprescindível em todas as decisões em que se confrontam os princípios éticos com os limites dos recursos da saúde. Este princípio cobre a especificidade do Ser Humano como Pessoa, pelo que se deduz que todos são portadores de igual dignidade, sejam quais forem as suas características pessoais e o lugar que ocupam na sociedade. Desta forma podemos dizer que a Dignidade Humana se identifica com a própria noção de direitos humanos. A dignidade que atribuímos a qualquer outro ser humano decorre do facto de o reconhecermos como igual a nós próprios e, por conseguinte, dele nos suscitar igual respeito pela sua singularidade individual, de não o considerarmos como objecto, como simples meio, como mercadoria. De lhe reconhecermos também a capacidade para definir as suas próprias acções com consciência e com a noção das consequências que os seus actos podem provocar.

O princípio da equidade é referido, como suporte da igualdade de todos os seres humanos, em dignidade e direitos, mas com manifesta prioridade para os mais desprotegidos. Aplica-se às questões da saúde e a outros direitos sociais, por responder à necessidade de justiça social.

Segundo a OMS, citada pelo CNECV (1995) *“a equidade, garantindo o direito inalienável de todos os seres humanos aos cuidados de saúde, nega toda e qualquer forma de desqualificação que discriminaria as pessoas atingidas por qualquer diminuição”* (p.18), bem pelo contrário, a equidade prevê e estabelece os mecanismos que garantem que todos os seres humanos tenham a mesma dignidade perante os cuidados de saúde. Segundo o mesmo princípio de equidade, as novas tecnologias

devem destinar-se a todas as pessoas, sem privilégio e sem discriminação. Por outro lado, todas as inovações tecnológicas devem ser criteriosamente avaliadas, de modo a que seja claro que a sociedade tenha recursos que as possam suportar e não representam factor, directo ou indirecto, de discriminação.

De acordo com Goldim (1998), o princípio da beneficência é o que estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de desejá-lo ou não. Este princípio, segundo muitos autores, pode ou não incluir o princípio da não maleficência, que descreveremos mais à frente, e nele está implícita a obrigação de, para além de promover o bem, evitar e remover o mal. Esta obrigação, segundo Queirós (2001), pode ter uma conotação moral, legal, filantrópica e poder-se-à referir a obrigações gerais e específicas.

O princípio da não maleficência é, segundo Goldim (1998), o mais controverso de todos. Muito autores referem-se a este princípio como parte integrante e indissociável do princípio da beneficência e justificam esta posição por acharem que ao evitar o dano intencional o indivíduo já está, na realidade, visando o bem do outro. Desta forma, podemos classificar este princípio como um princípio de duplo efeito, uma vez que, em determinadas e bem definidas circunstâncias, é legítimo realizar acções das quais resulta um efeito bom, o efeito pretendido, e um efeito mau, o efeito tolerado.

Relativamente ao princípio da autonomia, Queirós (2001) refere que este procura defender o respeito pela legítima autonomia das pessoas, pelas suas opções e decisões que sejam realmente livres e da sua vontade. Na prática, os profissionais de saúde aplicam o princípio da autonomia para promover, tanto quanto possível, comportamentos autónomos por parte dos seus doentes, disponibilizando-lhes informação adequada e pertinente, de forma a assegurar a livre decisão do doente.

No que respeita ao princípio da justiça, Queirós (2001) afirma que podemos dizer que este se refere às exigências da justiça distributiva, que no âmbito das decisões da bioética dão origem a problemas difíceis e complexos de analisar e julgar.

### 3 – TOMADA DE DECISÕES ÉTICAS EM SITUAÇÕES DE FIM DE VIDA

Em situações de fim de vida, de acordo com Queirós (2001), a tomada de decisão ética torna-se dependente da aplicação das competências éticas, através da identificação e análise de situações, tendo por base os princípios legais e/ou deontológicos que se podem aplicar, bem como os desejos e reacções manifestados pelo doente e família. Além destes aspectos, a tomada de decisão ética consiste na realização de uma abordagem reflexiva e sistemática que tenha por objectivos identificar os valores pessoais e profissionais, as crenças e tradições, e as perspectivas multidisciplinares. Com esta reflexão será possível estabelecer várias alternativas de resposta ao problema ético, que serão analisadas colectivamente, sendo escolhida aquela que, respeite os princípios éticos e deontológicos inerentes. Posteriormente será necessária a avaliação dos resultados, de forma a enquadrar as implicações práticas da decisão tomada.

A este respeito, Queirós (2001) citando MacDonald, diz-nos que este processo deverá seguir um enquadramento que se desenvolva em etapas tais como: a identificação do problema; identificação das alternativas específicas possíveis; identificação dos recursos éticos para os factores morais relevantes em cada alternativa possível; proposta e teste de possíveis resoluções.

Para além das etapas do processo de tomada de decisão ética, em situações de fim de vida, dois grandes princípios morais devem ser considerados: a preservação da vida e o alívio do sofrimento. Estes dois princípios complementam-se na maior parte das vezes, no entanto, em determinadas situações podem tornar-se antagónicos, devendo prevalecer um sobre o outro. Se tivermos como princípio básico o de se optar sempre pela preservação da vida, independente da situação clínica, estaremos com tal atitude negando a existência da finitude humana. Devemos ter em atenção que existe um momento na evolução da doença em que a morte se torna um desfecho esperado e natural, não devendo, portanto, ser combatida. Desta forma, no doente recuperável, a aplicação dos princípios morais deve fundamentar-se na preservação da vida, enquanto

que, na etapa de morte inevitável, a actuação, do ponto de vista moral, deve prioritariamente centrar-se no alívio do sofrimento – *primun non nocere*

Em primeiro lugar é indispensável haver um consenso em relação ao estadio terminal do doente para, num segundo momento, se discutirem as possíveis acções/comportamentos em relação ao mesmo. Os objectivos devem ser comuns entre o doente, os familiares e equipa multidisciplinar, sempre visando o conforto e a diminuição do sofrimento do doente.

### 3.1 – FUTILIDADE TERAPÊUTICA E OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Existe um determinado momento na evolução de uma doença que, mesmo que se disponha de todos os recursos, o doente já não é recuperável, ou seja, está em processo de morte inevitável. Este conceito não abrange apenas a potencialidade de cura ou reversibilidade de uma função orgânica atingida, refere-se ao momento em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida, mas apenas prolongam o processo lento de morrer. A terapêutica, neste caso, torna-se fútil ou pressupõe sofrimento e, geralmente, para o doente, neste momento a morte deixa de ser vista como um inimigo a ser temido e combatido, muito pelo contrário, será bem-vinda e recebida como um amigo que lhe trará alívio ao sofrimento.

Tendo presente o contexto técnico-científico em que vivemos, pode-se afirmar que a futilidade terapêutica (FT) se produz nas denominadas situações clínicas limite. De acordo com Urban (2003) vivemos num momento paradoxal. Desenvolvem-se continuamente poderosas técnicas terapêuticas, mas o seu custo é tão elevado que as suas indicações devem ser bem justificadas e o seu acesso reservado a um reduzido número de doentes. Os avanços da medicina criaram uma categoria nova de doentes, doentes em situação clínica limite, situações em que a técnica impediu a sua morte mas não consegue sempre a sua cura e o seu restabelecimento, deixando num estado de grande incapacidade física e psíquica.

O conceito de FT tem sido cada vez mais utilizado em diversas publicações recentes, no entanto é cada vez maior a diversidade de significados que lhe atribuem. Segundo Urban (2003) “*não há uma definição de futilidade universalmente aceite*” (p.515).

Geralmente refere-se a algo inapropriado, não indicado, inútil ou ineficaz. Callahan (1991) define a FT como *“o problema sem nome: todos sabem a que se refere, porém não se consegue defini-la.”* (p.21)

No entanto, Urban (2003) defende que a FT consiste em intervenções cuja aplicação está desaconselhada, porque não é clinicamente eficaz (comprovado estatisticamente), não melhora o prognóstico, sintomas ou patologias associadas, ou porque previsivelmente iria produzir efeitos prejudiciais/desproporcionais para o doente e sua família.

Segundo este autor a RCP é um procedimento clínico que em determinadas situações suscita problemas de FT. Em doentes em estado vegetativo persistente, no que respeita à RCP, esta conseguiria apenas agravar o seu estado, sendo portanto a sua iniciação desaconselhada. Em doentes em estadio terminal, como a expectativa de sobrevivência é nula, a RCP deve ser evitada, uma vez que não faz sentido submete-los a uma RCP sabendo que, caso se obtenha sucesso com este procedimento, dentro em breve a morte será inevitável. Nestes doentes a RCP provoca um sofrimento desnecessário e serve unicamente para complicar ainda mais o seu estado de saúde, além de criar nos familiares uma esperança infundada de sobrevida.

Historicamente a obstinação terapêutica (OT) é um facto clínico com implicações éticas conhecidas há mais de 3500 anos. Segundo Urban (2003), a OT é considerada como o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos, sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevida ou de qualidade de vida.

Relativamente à OT, Callahan (1991) critica de forma contundente a aspiração que a medicina moderna tem em dominar a natureza e de impor a si mesma horizontes ilimitados de actuação. Como nos diz Soares (2004), *“considerar que a finalidade do nosso agir é prolongar a vida a todo o custo, deixará obviamente de fazer sentido se este custo for a dignidade humana.”* (p.17)

Decartes, Bacon e Bernard, entre outros, sempre incitaram os homens a dominar a natureza, ocupando-se durante os últimos séculos com ideias reducionistas sobre o desenvolvimento científico. Doença e morte, dentro desse modelo limitado, são defeitos

biológicos susceptíveis de correcção e destinam-se a render ao poder da ciência. Criaram-se então expectativas desproporcionais, com consequências importantes do ponto de vista cultural, económico, social e ético

De acordo com Urban (2003), as DNR visam primordialmente evitar a OT e respeitar a autonomia dos doentes. Teoricamente podem ser aplicadas apenas quando existem claras evidências de que não há benefício na RCP e que esta fique caracterizada como OT. Além disso, instituir a DNR implica esclarecer, sempre que possível, o doente e os seus familiares, acerca de riscos e benefícios inerentes a este procedimento. Segundo o mesmo autor, a equipa de saúde tem a responsabilidade ética, baseada nos princípios de beneficência e de não maleficência de não exporem os doentes a tratamentos considerados desproporcionais. Estabelecer para cada caso os limites entre o que é ético e cientificamente adequado e o que é desproporcional e que agride a dignidade do doente e seus familiares é o grande desafio da equipa multidisciplinar, uma vez que estes conceitos variam entre médicos, enfermeiros, doentes e familiares.

É ainda de salientar que a DNR se refere apenas às manobras de RCP. Os cuidados básicos com o doente devem ser mantidos. Hidratar, alimentar, tratar a dor e outros sintomas associados, bem como cuidar da parte psicológica e espiritual do doente e da sua família, são elementos fundamentais a ter em conta por parte dos profissionais de saúde.

Quando se fala de DNR, estamos a referir-nos à decisão de, perante uma PCR, não procedermos às manobras de reanimação que visavam recuperar as funções circulatória e respiratória do doente em paragem. Estamos, portanto, a referir-nos à omissão de um acto que tinha em vista prolongar a vida do doente.

Muitas das vezes, a DNR é associada à eutanásia pois omite-se um acto, neste caso a RCP, o que irá provocar a morte do doente, tendo sido tomada esta decisão a fim de eliminar o sofrimento do doente, o que está relacionado com a qualidade de vida e todos os factores inerentes à tomada de DNR supracitados. Do ponto de vista ético a eutanásia é inaceitável, pelo facto de ser uma ofensa grave à dignidade humana. Baudouin e Blondeau (1993), dizem que *“o respeito pela vida faz com que esta seja considerada um bem precioso, um valor supremo (...) a preservar (...) e a proteger. A eutanásia é*



*rigorosamente inadmissível, tendo a vida a precedência sobre todos os valores, sobre o sofrimento e mesmo sobre o respeito do ser.”*

Por outro lado, a não tomada da DNR pode ser associada à distanásia. A distanásia situa-se no pólo oposto da eutanásia: é o prolongamento acriterioso de qualquer tipo de vida a qualquer custo, isto é, quando nada mais se tem em conta a não ser a vida biológica, enquanto conjunto de sinais vitais. Por esta perspectiva, percepção-se a pessoa como um aglomerado de órgãos, organizados de determinada forma e que funcionam interdependentemente.

Para Pinto (1990), tanto a eutanásia como a distanásia são comportamentos eticamente reprováveis, pois representam dois tipos de manipulação que reduzem a pessoa a objecto. A verdadeira alternativa que o médico/enfermeiro e os mais directos responsáveis pelo doente deveriam ter em conta é a ortotanásia.

Couvreur (1989), define ortotanásia como o deixar morrer o doente de morte natural por abstenção de cuidados extraordinários, mas desenvolvendo positivamente um plano terapêutico exclusivamente paliativo dos sofrimentos terminais, associado a uma presença humana de acompanhamento, para permitir uma morte serena.

### 3.2 – A DECISÃO DE NÃO REANIMAR EM PARAGEM CARDIORESPIRATÓRIA

A DNR para a maioria dos autores significa a não-adopção de medidas de reanimação somente por ocasião de uma PCR. Tal conduta começou a ser instituída há quase vinte anos em hospitais dos Estados Unidos, quando as primeiras recomendações para a RCP sugeriam que esta não estava indicada em algumas situações, como em casos de doença terminal irreversível, já que tal atitude poderia entrar em conflito com os desejos do próprio doente ou poderia não atender aos seus melhores interesses. Nesta altura, considerava-se que não prolongar desnecessariamente a morte, evitar tratamento fútil, e distribuir recursos médicos a outros doentes que deles pudessem beneficiar, eram atitudes compatíveis com alguns valores éticos.

Actualmente, as recomendações para RCP, da *American Heart Association* (2005), referem que o direito de recusa ao tratamento médico não depende da presença ou

ausência de doença terminal, de aprovação dos membros da família, ou de aprovação dos profissionais da equipa de saúde. Se o doente se encontra na posse de todas as suas faculdades intelectuais, deve ser informado sobre a sua condição e o seu prognóstico, a natureza da intervenção proposta, bem como as suas alternativas, riscos e benefícios. Observa-se nessa recomendação a prevalência do princípio da autonomia, que, de alguma forma, fere o da beneficência.

Apesar de no nosso meio hospitalar não existir formalmente registada em diário clínico a DNR, verificamos que tal conduta é adoptada com alguma frequência. Em geral, são ordens verbais e informais de não reanimar (NR), empregues com o significado de "deixar o doente morrer", em caso de PCR, possivelmente para evitar desgaste emocional do doente e da família, bem como para evitar o processo de discussão e negociação com a última. Esta decisão, que muitas vezes é adequada por atender aos princípios da beneficência e não-maleficência, peca na sua adopção por ser unilateral e infringir o princípio da autonomia.

Existem três considerações cruciais a ser avaliadas nesta tomada de decisão. A primeira diz respeito à consideração da futilidade da RCP, a segunda está relacionada com a preferência do doente, se devidamente conhecida e esclarecida, e a terceira refere-se à qualidade de vida do doente.

No que diz respeito a esta terceira consideração relacionada com a qualidade de vida, devem ser tidos em conta determinados factores, tais como, a qualidade de vida do doente antes da sua doença, a qual é altamente subjectiva e apenas verdadeiramente sentida pelo próprio doente, a qualidade de vida do ponto de vista médico e social, que se poderá esperar no caso do sucesso da RCP naquele doente, e por último, as probabilidades de sucesso da RCP.

Segundo Soares (2004), *“se por um lado não é lícito abreviar a vida, recusando portanto acções contrárias ao valor da vida, tão pouco é razoável prolongar o curso da morte, quando esta for considerada eminente, o que nos leva a aceitar acções destinadas a promover a dignidade do fim da vida”* (p.16), como aquelas que caracterizam a DNR.

### 3.2.1 – O envolvimento das entidades para a tomada de decisão de não reanimar

A decisão de não ressuscitar deve sempre ser tomada antes de se estar perante uma situação de PCR daquele doente. Bernard (1991), defende que se deve discutir a DNR em relação a todos os doentes admitidos para tratamentos médicos e/ou cirúrgicos, para evitar tomadas de decisão momentâneas que poderão não respeitar todos os princípios inerentes a esta tomada de decisão, uma vez que teve de ser tomada no momento.

Esta tomada de decisão deve, segundo Piva & Carvalho (s/d), assentar numa aplicação competente dos quatro princípios éticos: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, sendo que esta mesma aplicação deve ser realizada numa sequência de prioridades. Os princípios da beneficência e não maleficência são prioritários sobre os princípios da autonomia e da justiça. Na maioria das ocasiões, o princípio da beneficência prevalece sobre a não-maleficência mas, dependendo da situação, pode haver uma inversão nesta prioridade. No sentido de aplicar correctamente estes princípios, deve-se estabelecer como, quando e o que determinará o predomínio de um sobre o outro.

Piva & Carvalho (s/d) referem que, de uma forma objectiva e simples, poderíamos dizer que numa fase em que a recuperação de um doente não se coloca em causa, deve prevalecer a beneficência sobre a não-maleficência. Neste período, justifica-se a aplicação de quaisquer medidas que visem essa mesma recuperação, ainda que essas medidas possam trazer consigo algum sofrimento, uma vez que nesse momento o objectivo principal é a preservação da vida. Por outro lado, quando uma pessoa se encontra em situação de fim-de-vida, numa fase de morte inevitável, em que a cura já não é mais possível, os objectivos concentram-se no princípio da não-maleficência. Ou seja, torna-se prioritário tomar medidas que proporcionem o alívio do sofrimento em primeira instância. Nesse momento, a equipa de profissionais de saúde tem obrigação ética e moral de manter o suporte emocional e todas as medidas que visem a não-maleficência, questionando todas aquelas que possam prejudicar tal objectivo, tais como tratamentos fúteis e agressivos que, se instituídos nesta fase, além de ineficazes, trarão maior sofrimento.

No que diz respeito ao princípio da autonomia, e tal como referido anteriormente, hierarquicamente não deve prevalecer sobre os princípios da beneficência e não maleficência. Tanto os familiares como os profissionais de saúde devem ter por objectivo defender os melhores interesses do doente, nomeadamente, evitar submetê-lo a intervenções cujo sofrimento resultante seja muito maior do que o benefício eventualmente conseguido ou que determinem desrespeito à sua dignidade como pessoa.

Mas então, eis que surge a questão de como devem os familiares e responsáveis participar no exercício do princípio da autonomia na situação do doente em estado crítico ou terminal? De acordo com este princípio, abre-se a perspectiva deles participarem em todas as questões que se refiram ao tipo de atendimento que será prestado ao doente, nomeadamente participar numa decisão com características únicas, que implicará inclusive em pronunciar um veredicto sobre a vida do seu familiar.

Considerando a dificuldade e a abrangência de tal decisão, mesmo para aqueles que não estejam emocionalmente envolvidos, Piva & Carvalho (s/d) defendem que esta deve ser encontrada de uma maneira evolutiva e com a velocidade adequada a cada caso. Em nenhum momento, essa decisão deve ser unilateral, muito pelo contrário, ela deve ser consensual da equipa de profissionais de saúde e da família. Para se atingir tal objectivo, a família deve passar pela mesma sequência de racionalização que a equipa de profissionais de saúde passou para ficar inteiramente informada sobre o actual estado de saúde do doente, e somente após esta exposição de informação, a família estará apta a participar nas decisões que respeitam ao seu doente. No entanto, é de referir que, nesta altura, é imprescindível que a equipa de profissionais de saúde já tenha chegado a um consenso e esteja segura de que todas as suas dúvidas já foram resolvidas. O seu papel para com a família é o de apresentar de forma imparcial a evolução do caso, discutir pormenorizadamente as possíveis opções, sempre sob o prisma dos princípios éticos e morais. A equipa deve, de alguma forma, orientar e recomendar uma opção, para que a família se associe ou não à decisão, e nunca em caso algum pode ser permitido que se atribua a responsabilidade da decisão para a família. Caso não se obtenha uma decisão de consenso, reinicia-se o processo, com a ajuda, inclusive, de outros profissionais, tais como o médico da família, psicólogo ou, então, com a ajuda de pessoas que tenham credibilidade no círculo familiar.

Contudo, Urban (2001), citando um estudo desenvolvido por Eliasson et al., diz-nos que em 149 casos que tinham indicação clara de aplicar ordem não reanimar (ONR), em 88 deles (59%) os médicos não discutiram com os doentes e seus familiares este procedimento. As justificações encontradas para tal foram: 1) A falta de perigo de morte eminente, 56%; 2) A responsabilidade da discussão, relacionada à ONR pertenceria a outra equipa de saúde responsável pelo doente, 49%; 3) Falta de oportunidade para discutir este assunto, 43%.

Ainda no que se refere à autonomia do doente, no que respeita à DNR, Urban (2001), citando um estudo elaborado por Singer et al. investigaram no Canadá, através de entrevistas semi-estruturadas abertas, 126 doentes crónicos, bem esclarecidos relativamente às suas doenças. Foram questionados quanto aos seus medos e às decisões que pretendiam para o final da vida. Em primeiro lugar, 61,1% dos entrevistados desejavam evitar o prolongamento do processo de morrer; 38,1% destacaram que gostariam de ter a sensação de controlo até ao final, estreitar as relações com os entes queridos e não evitar tornarem-se um fardo para a sua família; 22,2% indicaram que pretendiam receber o tratamento adequado para a dor e outros sintomas. A distanásia, para estes doentes, foi o medo mais enumerado.

### 3.2.2 – Participação do enfermeiro no processo de decisão de não reanimar

Segundo o Código Deontológico de Enfermagem (Decreto-Lei 104/98, de 21 de Abril) o enfermeiro protege e defende a vida humana, participa na valorização da vida do doente e da sua qualidade, respeita opções culturais, morais e religiosas e promove o direito ao consentimento informado.

Confronta-se, então, com algumas ambiguidades: qual a legitimidade do enfermeiro para concordar e acatar uma decisão de DNR de um doente, quando o enfermeiro deveria defender e proteger a vida humana? Mas, por outro lado, se o enfermeiro também deve valorizar a qualidade de vida do doente, qual terá de ser a sua posição perante a tomada de decisão de DNR?

Neste ponto, o enfermeiro é confrontado com dois dos princípios éticos da enfermagem: a beneficência e a não-maleficência. Segundo estes, o enfermeiro deve unicamente

procurar o benefício do doente e nunca o seu malefício. Tendo em conta estes princípios, o enfermeiro poderá participar legitimamente na tomada de decisão de DNR, tendo sempre que agir tendo em vista o benefício do doente em questão: olhá-lo como pessoa, atendendo às suas necessidades, avaliando todas as alternativas possíveis, sem nunca perder de vista aquela pessoa e a sua vida. O enfermeiro, ao participar nesta tomada de decisão deve avaliar todos os factores inerentes ao doente em questão, interagindo em equipa, sempre no sentido do benefício do doente.

Cada vez mais se define o espaço do enfermeiro na actuação em conjunto com a equipe multidisciplinar, através do conhecimento científico, do trabalho sincronizado e organizado. Através da competência técnica e profissionalismo no desempenho de suas atribuições, a equipe de enfermagem está expandindo horizontes com respeito e admiração dos profissionais da saúde, desenvolvendo uma perfeita integração com a equipe médica na busca de um objectivo comum: a padronização da prestação de uma assistência com o máximo de qualidade possível e condições plenas de recuperação do doente.

De acordo com Soares (2004), como profissional de saúde, o enfermeiro, ao considerar a DNR, é acima de tudo, fazer da morte conteúdo consciente da decisão humana. Assim, o enfermeiro depara-se com uma contradição entre aquilo que pode fazer para prolongar a vida (adiando a morte) e aquilo que devia fazer para proporcionar uma vida digna. À primeira vista, parece-nos que valor da vida humana conflitua com o valor de morrer dignamente. No entanto, não nos podemos esquecer que a morte é um dos passos da vida, o que implica que uma vida humana inclui uma morte digna.

#### 4 – CONCLUSÃO

A vida é um direito fundamental, mas não absoluto. Assim, nos casos terminais em que o prolongamento da vida se associa apenas ao manter do sofrimento, poderemos colocar uma questão: até que ponto é legítimo manter o sofrimento? Não será o fim do sofrimento um direito da pessoa?

A concluir três interrogações se erguem entre nós: 1) É tão intolerável a dor e o sofrimento que em caso de PCR não se adoptem as medidas necessárias para devolver a vida ao doente? 2) Pode decidir-se de modo irrevogável a incurabilidade de um doente? 3) O critério de inutilidade provocada pela doença autoriza à não adopção de medidas de RCP?

As respostas a estas questões são bastante subjectivas e a resposta poderá ser obtida por diferentes perspectivas. Concerteza a perspectiva da equipa de saúde será diferente da perspectiva do doente que por sua vez será diferente da sua família.

A nós quer-nos parecer que não podemos confiar à dor e ao sofrimento a influência decisiva em determinar a DNR. Porém também não atendemos como aceitável prolongar a vida de forma acriteriosa, ou seja, a todo o custo. Também não nos podemos esquecer que apesar do sofrimento do corpo poder ser controlado através da administração de terapêutica o sofrimento da mente e espírito é muito mais difícil de controlar, varia de doente para doente e cada um expressa e vive de forma diferente. A qualidade de vida humana não é sinónima de dignidade. Independentemente do seu estado de saúde, todas as pessoas possuem a mesma dignidade. Mesmo que a qualidade de vida de um doente seja bastante pobre, a sua dignidade é inabalável.

Consideramos que a incurabilidade é um dos conceitos mais duvidosos que existe, o crescente desenvolvimento tecnológico e o progresso científico alcançado na investigação das mais variadas doenças assim nos obriga a pensar.

Finalmente consideramos que NR um doente por não o considerarmos útil é o extremo da insensibilidade moral. A dignidade que a pessoa desfruta enquanto saudável continua a possuí-la enquanto indivíduo doente e assim deverá continuar a ser mesmo depois da morte.

Relativamente à FT, consideramos que não é fácil determinar a futilidade de um tratamento, um mesmo procedimento pode ser eficaz e útil para um doente, sendo ao mesmo tempo fútil para outro. Por isso, o termo fútil é mais adequado para definir esse “problema sem nome”, como denomina Callahan (1991), pois carece da rigidez que possui em termos como inútil ou ineficaz.

De uma forma geral pudemos concluir que a DNR é um meio fulcral para evitar a OT na RCP, permitindo desta forma respeitar a autonomia dos doentes e seus familiares. A tomada desta decisão reveste-se de importantes decisões éticas, daí que, pela sua complexidade, até hoje esta não fosse universalmente aceite por todos os profissionais de saúde.

É baseando-se na bioética que todas as decisões devem ser tomadas, não esquecendo nunca que o respeito à dignidade da pessoa humana é o seu valor mais importante. O esclarecimento do doente e dos seus familiares dos riscos e benefícios da RCP e das DNR, o afastamento relativamente à FT e à OT, e a promoção de cuidados integrais ao doente, baseados na tríade do ser humano – corpo, mente e espírito – sem esquecer o cumprimento dos diferentes princípios éticos são a base do processo de tomada de decisão.

No que respeita ao cuidar de doentes em fim-de-vida, consideramos que o cuidar exige uma permanência mais contínua do que exige o tratar. O bem-estar do doente e o contacto com as suas preocupações e necessidades mais íntimas permite estabelecer uma relação de confiança de valiosa importância na relação equipa de saúde-doente/família. A carga ética inerente ao cuidar de doentes em fim-de-vida é suficiente para que se explique que cada vez mais a enfermagem seja uma entidade activa no processo de tomada de decisão. Nos dias de hoje não se compreenderia uma bioética clínica única e exclusivamente assente no ‘tratar’, mas sim que apreciasse os valores provenientes da ética do cuidar.



Ao longo desta dissertação conseguimos atingir os objectivos a que nos propusemos, pois identificámos e transmitimos a importância da ética na prática de cuidados de enfermagem, uma vez que estes devem sempre obedecer aos quatro grandes princípios da bioética (beneficência, não-maleficência, equidade e justiça). Relativamente ao segundo objectivo, consideramos que uma tomada de decisão ética, nunca poderá ser tomada de ‘ânimo leve’, não deverá ser uma decisão unicamente centrada no médico ou no doente, mas sim analisada e aceite quer pela equipa multidisciplinar de saúde, quer pelo doente e sua própria família. No que respeita ao terceiro objectivo delineado, pensamos que todos devem ter um papel activo na tomada de DNR, promovendo a autonomia e o bem-estar do doente, sempre de acordo com os princípios éticos atrás referidos. Relativamente ao nosso grande objectivo, sabemos que embora habitualmente, o enfermeiro não seja parte activa no processo de tomada de decisão, ele tem neste aspecto um papel activo, pois faz parte da equipa multidisciplinar e luta pelo mesmo objectivo, prestar uma assistência com o máximo de qualidade possível e permitir condições plenas de recuperação do doente. Além deste aspecto, o enfermeiro possui diferentes saberes, e como nos diz Soares (2004) o processo de tomada de decisões, exige saber científico, saber ético, sabedoria prática e experiência profissional. Estes quatro aspectos dificilmente serão dominados por uma só pessoa, independentemente de esta ser enfermeiro, médico ou o próprio doente. Uma decisão partilhada oferece ainda a possibilidade aos doentes, familiares e técnicos de saúde, de ultrapassar os riscos de uma decisão baseada numa visão unilateral da situação.

## 5 – BIBLIOGRAFIA

Alfaro-Le Fevre, R. (1996). *Pensamento Critico em Enfermagem: Um Enfoque Pratico*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Almada, G. (2004). *A Igreja e a Vida*. Lisboa: Diel.

Alvarez, J. (1998, Nov/Dez). Resucitación cardiopulmonar: enfermería y ética del cuidar. *Emergências*, Vol 10, Nº 6. Consultado em 4 de Janeiro 2006, disponível em [www.semes.org/emergencias](http://www.semes.org/emergencias)

Aristóteles (1992). *Ética a Nicômacos*. Brasília: UnB.

Atkinson, L.D., & Murray, M.E. (1989). *Fundamentos de enfermagem. Introdução ao processo de enfermagem*. Brasil/Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.

Bernard, J. (1994). *A Bioética*. Lisboa. Instituto Piaget.

Bernard, J. (s/d). *Da Biologia à Ética*. Mem Martins. Publicações Europa-América.

Bolander, V. (1998). *Enfermagem fundamental. Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.

Chalifour, J. (1989). *La relation d'aide en soins infirmiers: une perspective holistique-humaniste*. Paris: Editions Lamarre.

Collière, M-F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Costa, J.A., & Melo, A.S. (1989). *Dicionário da Língua Portuguesa* (6ªed). Porto Editora

CNECV<sub>a</sub>. *Parecer sobre Questões éticas na distribuição e utilização de recursos para a saúde* (1995). Consultado em 2 de Dezembro de 2005, disponível em [www.cneqv.gov.pt](http://www.cneqv.gov.pt)

CNECV<sub>b</sub>. *Parecer sobre aspectos éticos dos cuidados de saúde relacionados com o final da vida* (1995). Consultado em 2 de Dezembro de 2005, disponível em [www.cneqv.gov.pt](http://www.cneqv.gov.pt)

CNECV<sub>c</sub>. *Parecer sobre reflexão ética sobre dignidade humana* (1999). Consultado em 2 de Dezembro de 2005, disponível em [www.cneqv.gov.pt](http://www.cneqv.gov.pt)

CNECV<sub>d</sub>. *Parecer sobre convenção para a protecção dos Direitos do Homem e da dignidade do Ser Humano face às aplicações da biologia e da medicina* (2000). Consultado em 2 de Dezembro de 2005, disponível em [www.cneqv.gov.pt](http://www.cneqv.gov.pt)

Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, Lisboa, I série (9398), 1739-1756.

França, A. (2005). Emergência pré-hospitalar no serviço de urgência do futuro. Consultado em 11 de Novembro 2005, disponível em [www.vmeralmada.pt](http://www.vmeralmada.pt)

Hennezel, M. (1999). *Diálogo com a Morte* (3ª ed). Lisboa: Editorial Notícias.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa: Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Hood, G.H., & Dlincher, J.R. (1995). *Fundamentos e prática da enfermagem: Atendimento completo ao paciente* (8ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.

Jonas, H. (1994). *Ética, Medicina e Técnica*. Lisboa: Vega.

Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Lane, J.C. (1981). *Reanimação*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lopes, A., & Nunes, L.(s/d). Enquadramento da ética na enfermagem. *Servir*, Vol nº 43, nº6, 297-301.

Nunes, L.M. (1995, Junho). O que queremos dizer quando falamos de ética?. *Nursing*, 89, 7-10.

Pessini, L. (1994). *Morrer com dignidade: até quando manter a vida artificialmente?* (4ªed). Aparecida: Santuário.

Pessini, L. (2001). *Até quando prolongar a vida?* São Paulo: Centro universitário São Camilo.

Phipps, W.J. et al. (1995). *Enfermagem Médico-cirúrgica: conceitos e prática clínica* (2ª ed). Lisboa: Lusodidacta.

Portillo, E. et al. (2001, Jan/Abr). Reanimación cardiopulmonar: La outra cara del éxito. *Enfermería en Cardiología*, nº22, 37-42.

Queirós, A.A. (2001). *Ética e Enfermagem*. Lisboa: Quarteto.

Renaud, M.I. (1990, Julho/Agosto). A Pessoa Humana. *Servir* 38 (4), 159-165.

Renaud, M. (2002). *Novas perspectiva sobre a ética e a moral*. In: Comissões de ética – das bases teóricas à actividade quotidiana (2ªed). Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Saunders (2000). *Desafios de enfermagem em cuidados paliativos* (1ªed). Lisboa: Lusociência.

Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (4ª ed). Lisboa: Lusociência.

Soares, D. (2004, Junho). Fim de vida: Limitação do esforço terapêutico. *Nursing*, nº189.

Thompson, I.E. et al. (2004). *Ética em enfermagem* (4ªed). Cascais–Mem-Martins: Lusociência.

Urban, C. (2003). *Bioética Clínica*. Rio Janeiro: Revinter.

Vieria, M.S. (1993, Nov/Dez). Para uma ética de enfermagem. *Servir*. Vol. 11 (6), 323-327.

Vieira, M.S. (1995, Maio/Junho). Cuidar, defendendo a autonomia da pessoa cuidada. *Servir*. 43 (3), 114-117.